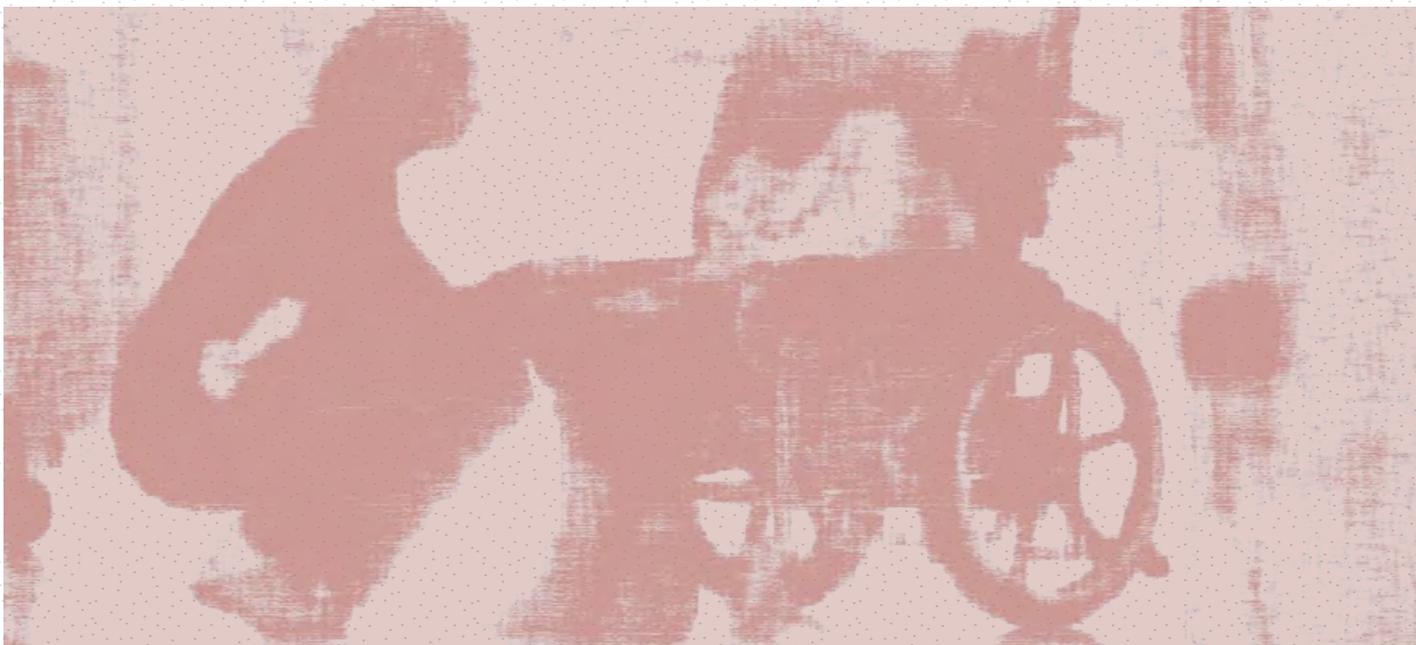




## Incorporación de los Cuidados Paliativos a la Legislación Mexicana de Salud *Incorporation of Palliative Care to the Mexican Health Legislation*

Mireya Martínez García,<sup>1</sup> Jorge Alberto Álvarez Díaz<sup>2</sup>



**RESUMEN.** En el presente texto se examina la incorporación del derecho a recibir cuidados paliativos al marco normativo Mexicano. A efecto de precisar las características de estos cuidados se hace una revisión de los conceptos básicos de los cuidados paliativos y las reformas recientes al marco regulatorio de salud. Para el caso de los cuidados paliativos que involucran el uso de narcóticos de origen opioide, se discuten algunos factores que deben considerarse en el diseño de estrategias sanitarias adecuadas para evitar el mal uso de éstos y cómo algunos organismos colegiados pueden influir en el manejo multidisciplinario de los cuidados al final de la vida. La metodología consistió en una revisión crítica de artículos científicos, códigos, leyes, normas y decretos relacionados con el tema.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados Paliativos, Enfermo Terminal, Analgésico Opioide, Bioética, México, Reforma de salud.

**RESUMEN.** In the present text we will discuss the incorporation of the human right to receive palliative care in Mexican regulatory framework. We will review basic concepts of palliative care and recent reforms to the regulatory framework. In the case of palliative care such reforms involve use of opioid narcotics, the multiplicity of factors will be considered in the design of appropriate health strategies to avoid misuse and finally how some collegiate bodies can influence on the management of multidisciplinary care at the end of life. The methodology consists of a critical review of scientific articles, codes, laws, regulations and decrees related to the subject.

**KEY WORDS:** Palliative Care, Analgesia, Patient- Controlled, Bioethics, Mexico, Health Care Reform.

<sup>1</sup> Programa de Doctorado en Salud Colectiva Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.

<sup>2</sup> Profesor Titular "C" del Departamento de Atención a la Salud Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.

**Correspondencia:** Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz . Departamento de Atención a la Salud Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán, C. P. 04960 Ciudad de México. Correo electrónico: bioetica\_reproductiva@hotmail.com .

Folio 495/2016 Artículo recibido: 08/11/2016 aceptado: 17/11/2016

## INTRODUCCIÓN

A partir de la segunda mitad del siglo XX comenzaron a promoverse formas más humanas para gestionar el manejo bio-psico-social al final de la vida mediante iniciativas jurídicas, médicas y bioéticas.<sup>1</sup> Desde entonces los cuidados paliativos (CPs) han sido considerados como un complejo sistema de apoyo multidisciplinario en los diversos niveles de atención.<sup>2, 3</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han sido los principales organismos internacionales en promover la integración de los CPs a los sistemas de salud.<sup>4</sup> Se han incorporado estrategias de asesoramiento y guía para que los gobiernos implementen programas sobre el manejo del dolor centradas principalmente en cuatro acciones: 1) desarrollo de políticas de salud apropiadas 2) disponibilidad de medicamentos 3) educación y capacitación para los tomadores de decisiones, trabajadores de la salud así como para el público en general y 4) la gestión integral en todos los niveles de atención para los CPs.<sup>5, 6</sup>

La OMS desarrolló el Indicador en Cuidado Paliativo medido por el grado de consumo (equivalentes de morfina) de opioides analgésicos fuertes (excluyendo metadona) por muertes por cáncer. Posteriormente, la Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo (ALCP) y la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) pusieron en marcha un proyecto para enriquecer el indicador mundial con indicadores específicos para Latinoamérica. Como resultado, se obtuvieron 10 indicadores: uno para medir la política sanitaria, tres para educación, tres para infraestructura y tres para medicamentos.<sup>7</sup>

Las instituciones a cargo de las políticas y prácticas de salud y los programas de CPs han ido mejorando para responder a las necesidades de los individuos con un padecimiento terminal, principalmente -pero no exclusivamente-<sup>8, 9</sup>, especialmente en el marco de la protección internacional de los derechos humanos de grupos vulnerables, como es el caso de los enfermos en situación terminal (EST) o los que sufren padecimientos altamente dolorosos.<sup>10, 11</sup>

Sin embargo, para muchos gobiernos esta situación parece no constituir una prioridad.<sup>12</sup> En varias regiones del mundo, se perciben barreras que dificultan el acceso efectivo a los servicios de atención, así como escasa capacitación de recursos humanos y acciones limitadas de suministro y regulación de fármacos para controlar el dolor.<sup>13, 14</sup>

Con esto en mente, surge la pregunta ¿a qué desafío se enfrenta el Gobierno Mexicano para hacer efectivas las reformas de salud en materia de CPs, garantizar la protección de los derechos humanos de los enfermos

terminales y a la vez intervenir en la regulación de fármacos para aliviar el dolor? En este trabajo realizaremos un análisis crítico de la normatividad mexicana relacionada con los CPs al final de la vida, así como la disponibilidad y acceso a la medicación para el alivio del dolor a la luz de las iniciativas internacionales.

### Los cuidados paliativos en la normatividad mexicana

En México desde 1970 y 1980, se comenzó a trabajar con programas locales e institucionales en materia de cuidados paliativos. En 1972 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; en 1976 en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; en 1981 en el Instituto Nacional de Cancerología. En la década de 1990, los CPs se reconocían formalmente como tema de salud pública y de política oficial para el alivio del dolor por cáncer.<sup>15</sup>

El Plan Nacional de Desarrollo de 1995, documentó los principales antecedentes estratégicos en materia de reforma sanitaria encabezados por la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos, sentando las bases para mejorar la atención de los enfermos de situación terminal.<sup>16</sup> Posteriormente, el Programa Sectorial de Salud de 2007-2012<sup>17</sup> enunció la iniciativa de poner en marcha el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) y a partir del 2007, quedó establecido para su operacionalización bajo la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.<sup>18</sup>

En el año 2008, el SICALIDAD comenzó a realizar acciones para mejorar la calidad de vida de personas que sufrieran dolor crónico mediante la coordinación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR), como resultado de la reforma a la Ley General de Salud (LGS), publicada el 5 de enero del año 2009. Los objetivos del programa PALIAR eran la profesionalización mediante la atención oportuna, el control del dolor, el buen manejo de los síntomas, el apoyo psicológico y la capacitación al paciente y a su familia sobre los cuidados suministrados en el domicilio. Lo anterior impulsó programas hospitalarios integrales, y homogenizó los protocolos de atención para el abastecimiento de fármacos e insumos.<sup>19</sup>

### Reformas principales a la normatividad

A continuación realizaremos una breve descripción de las modificaciones a la normatividad que se fueron suscitando a partir del 2009 y quedaron registradas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) conforme aparecieron. El día 5 de enero de 2009, se publicó la reforma y adición de algunos artículos a la LGS en Materia de CPs<sup>20</sup> (cuadros 1 y 2). Posteriormente, el 1 de noviembre de 2013 se publicó la reforma al Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica para la atención de CPs<sup>21</sup>. (cuadros 3 y 4).

Sección	Reforma a la Ley General de Salud-2009
Artículo Primero	Fracción I del inciso B del Artículo 13 Autoridades encargadas de gestionar la prestación de los servicios
	Fracción III del Artículo 27 Se consideran servicios básicos de salud a las acciones paliativas.
	Artículo 59 Se promoverán y apoyarán grupos o programas que requieran CPs.
	Fracción III del Artículo 112 Educación para la población en materia de CPs.
	Artículo 421 bis Se emiten sanciones 1) al que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, 2) a quien haga uso indebido de estupefacientes y 3) sobre el manejo de órganos y tejidos
	Fracción IV al Artículo 33 Establece las acciones paliativas en la atención médica

**Cuadro 1. Elaboración propia a partir de La Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, reforma publicada el día 5 de enero de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.**

Sección	Adición a la Ley General de Salud-2009
Artículo Segundo	Título Octavo Bis De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal.
	Capítulo I De las Disposiciones comunes para garantizar dignidad a los CPs Artículo 166 Bis 1 Definición de conceptos básicos en el manejo del CPs. Artículo 166 Bis 2 Es competencia del Sistema Nacional de Salud garantizar derechos EST
	Capítulo II Artículo 166 Bis 3 - Bis 12 Señala los derechos de los EST, sobre el manejo y la atención médica
	Capítulo III Señala las autoridades responsables a nivel nacional y estatal. Artículo 166 Bis 13 Sobre la capacitación de los recursos humanos para la atención de CPs
	Capítulo IV Estipula los derechos y obligaciones del personal de salud Artículo 166 Bis 14 - Bis 21 Sobre los médicos especialistas en segundo y tercer nivel de atención, el suministro de fármacos y la prohibición de la eutanasia.

**Cuadro 2. Elaboración propia a partir de La Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, reforma publicada el día 5 de enero de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.**

Sección	Reforma al Reglamento de la Ley General de Salud-2013
Capítulo I	Disposiciones generales Art. 7 Conceptos sobre la atención médica para CPs, inciso I y V Art. 8 De las acciones paliativas para preservar la calidad de vida Art. 10 De los establecimientos de atención médica para CPs
Capítulo II	Art. 47 De los derechos y obligaciones de los usuarios y la comunidad
Capítulo IV	Art. 70 Del servicio en hospitales de acuerdo con su grado de complejidad Art. 84 Acción paliativa de carácter experimental sujeta a los Art. 100-103 de la LGS

**Cuadro 3. Elaboración propia a partir del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, reforma publicada el 1 de noviembre de 2013 en el Diario Oficial de la Federación.**

Sección	Adición al Reglamento de la Ley General de Salud-2013
Capítulo I	De las disposiciones generales Fracción IV Art. 8o Actividades de atención médica también serán paliativas Art. 30 De los responsables en caso de incapacidad del usuario Disposiciones para la prestación de servicios en hospitales
Capítulo II	Fracción VII al Art. 82 Del documento de Voluntad Anticipada
Capítulo IV	Disposición para la prestación de servicios de CPs Art. 138 Bis Los servicios de CPs serán suministrados a EST Art. 138 Bis 1 - Bis 27 De los Objetivos y los términos de los CPs Art. 242 Bis De las sanciones por violación a las disposiciones del Reglamento

**Cuadro 4. Elaboración propia a partir de La Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, adición publicada el día 1 de noviembre de 2013 en el Diario Oficial de la Federación.**

El 9 de diciembre del año 2014 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de los EST a través de Cuidados Paliativos (disposiciones técnicas) y el 26 de diciembre del mismo año se publicó el acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos. El contenido de la NOM-011-SSA3-2014 abordaba cuatro escenarios posibles de atención mediante CPs: Atención hospitalaria, atención ambulatoria, atención en el domicilio o atención de urgencia.<sup>22</sup>

Para una interpretación y aplicación más extensa de esta última norma se recomendó la revisión y actualización de otras NOMs relacionadas con especificaciones técnicas para la atención integral de salud como son: NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico;

NOM-005-SSA3-2010, Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica; NOM-016-SSA3-2012, Características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud.<sup>23-26</sup>

Las iniciativas en materia normativa para la integración de los CPs al sistema de salud se han insertado en la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, el objetivo ha sido contribuir a la pronta implementación de los CPs en México. El esquema del plan de trabajo para el desarrollo e implementación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) en México, 2012-2018 ha incluido cuatro estrategias transversales resumidas en un sencillo pero contundente esquema de trabajo, desde la elaboración, implementación, monitoreo y seguimiento y evaluación de impacto.

Esas acciones normativas han establecido un pilar fundamental en materia de salud pública y han constituido una respuesta vital en materia de política pública de salud, como también se ha mostrado con las subsecuentes reformas para acceder a los recetarios para medicamentos de tipo opioide, que mencionaremos a continuación. Anteriormente éstos eran etiquetados con un código de barras para su control y los médicos únicamente podían obtenerlos personalmente en unos cuantos lugares de cada estado del país. Para los especialistas que vivían fuera de las capitales, el acceso a los recetarios se dificultaba, se restringía el uso de éstos y en consecuencia se acotaba el manejo farmacológico para el dolor en zonas remotas o marginadas.

Debido a ello, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), el 28 de octubre de 2014 mencionó que México agilizaría la prescripción de fármacos para el dolor y CPs.<sup>28</sup> Posteriormente, el 15 de junio de 2015, la COFEPRIS publicó la estrategia nacional respectiva. De esa forma, se lograba reducir el tiempo de espera para hacer efectiva la prescripción de treinta días a tres días; asimismo se ampliaba la autorización de recetas en un 400 por ciento, pasando de emitirse 50 a 200 por block y se facilitaba que más médicos prescribieran morfina con la denominación genérica.<sup>29</sup>

En ese orden, a principios de este año, el 17 de enero de 2016, la COFEPRIS dio a conocer que en un lapso de seis meses la disponibilidad de medicamentos para el dolor se había elevado. Se notificó un incremento en el surtido de las recetas, de 24 a más de 8000 y se informó que el número de médicos con acceso a los recetarios había pasado de 39 a 750. También se reveló la existencia de 65176 unidades de morfina en laboratorios, 27906 unidades de la misma en almacenes o distribuidoras y más de 3500 unidades en farmacias.<sup>30</sup>

## El desafío de integrar los cuidados paliativos al sistema de salud

Con los anunciados cambios en materia de acceso a medicamentos para aliviar el dolor y las modificaciones legislativas antes consideradas, México ha comenzado a materializar un modelo de atención integral de CPs, como ya lo demandaban organismos de la sociedad civil como la Human Rights Watch (HRW), que desde 2014 ya señalaban que en México unas 300 mil personas que requerían CPs, tenían un acceso muy limitado a éstos y advertía la falta de acceso a medicamentos para aliviar el dolor, enfatizando que los principales obstáculos habían sido las barreras regulatorias y burocráticas para obtener los recetarios. Sin embargo, aún pueden percibirse algunos retos para la aplicación de la legislación mexicana.<sup>31</sup>

La ley actualmente no contempla los CPs para los enfermos que no están en situación terminal, no incluye a personas cuyo pronóstico de vida sea mayor a seis meses; por ello un principal reto para el Sistema Nacional de Salud será establecer las condiciones para aquellos subgrupos de enfermedades no-oncológicas, demenciales y propias del envejecimiento que pueden cursar con cuadros de dolor crónico cuya esperanza de vida supere los seis meses que establece la ley.<sup>32</sup>

México también enfrenta el desafío en materia de producción, control y distribución y consumo de algunos estupefacientes para controlar el dolor y el reto de cumplir con los tratados de fiscalización internacional, para la vigilancia estricta de estas sustancias. Si bien la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha reconocido el esfuerzo de las autoridades mexicanas para aumentar el acceso a sustancias sometidas a fiscalización con fines médicos, aún hay una preocupación por el tráfico ilegal y el incremento de la delincuencia asociada a la producción y comercialización de estupefaciente.<sup>33</sup>

El establecimiento de tales estrategias queda sujeto a la vigilancia nacional e internacional en materia de derechos humanos para una vida sin dolor a realizarse por equipos multidisciplinarios de expertos colaborando en organismos de deliberación colectiva. A continuación, discutiremos de qué manera tales órganos colegiados pueden contribuir a avanzar hacia la solución de tales dilemas.

## El papel de los organismos colegiados de deliberación

Consideramos pertinente mencionar que el 14 de diciembre de 2011, se emitió por decreto la incorporación del Artículo 41 Bis a la LGS, para hacer exigible a los establecimientos de atención médica, del sector público, social y privado, contar con un Comité Hospitalario de Bioética (CHB).<sup>34</sup>

El objetivo de esa resolución es que el CHB se encargue de la resolución de los problemas derivados de la atención médica y, según lo contempló la reforma a LGS en el Artículo 33, se incluye dentro de esa clasificación a las actividades de atención a los CPs.<sup>20</sup>

Los comités y las comisiones de bioética, así como en México, surgieron progresivamente en varias partes del mundo durante los años setenta, tiempo eje de la bioética clínica y sanitaria.<sup>35</sup> Las legislaciones en materia de cuidados paliativos y voluntades anticipadas contenidas de vasta información bioética y legal también se habían diversificado durante los últimos años. Sin embargo, pese al auge y a sus comprobados beneficios, en pocos casos la legislación en estas materias era conocida por el personal de salud y por ende, estaba limitada para ser realmente llevada a la práctica clínica de todos los días.<sup>36</sup>

Por otro lado, la falta de consenso de los organismos legislativos, insertos en un complejo sistema de procuración y cuidado de la salud, condujo a la institucionalización de los comités de bioética, como respuesta al reclamo social insatisfecho con las acciones jurídicas de aquel tiempo.<sup>37</sup> Estos grupos interdisciplinarios surgieron como comités o comisiones, primero en las instituciones de salud locales, para ampliarse después al ámbito nacional y finalmente llegar a niveles supranacionales.<sup>38</sup> Actualmente la función que estos organismos tienen en materia de CPs no difiere de otros ámbitos, pero es relevante por su papel en contextos de máxima fragilidad de la vida, donde se ha de aplicar con prudencia una práctica clínica deliberativa y responsable.<sup>39</sup>

En México, como parte de las reformas en la materia, se elaboró la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) participó con la redacción del Capítulo 4, Consideraciones Bioéticas. Este apartado subraya la importancia de la participación de los comités hospitalarios de bioética en los CPs.<sup>40</sup>

Hasta ahora, al menos en México, se ha logrado reconocer que estos organismos pueden y deben incidir en temas de política pública, para propugnar que la prestación de servicios de salud se dé en condiciones de respeto a la autonomía y a los derechos humanos en materia de cuidados paliativos.

### Algunas conclusiones

Si bien las reformas a la legislación mexicana en materia de cuidados paliativos ha sido un paso importante, aún queda pendiente dar atención a algunos elementos que podrían mejorar la cobertura y calidad de este esquema; particularmente en materia de derechos humanos.



Una de las principales acciones pendientes es integrar los cuidados paliativos a la cobertura plena de los enfermos que padecen dolor constante y severo, pero que no están diagnosticados con una enfermedad terminal y cuya expectativa de vida puede sobre pasar el tiempo estimado por la LGS -de 6 meses- para tener la posibilidad de recibir los CPs.

Otro desafío del Sistema de Salud en materia de derechos humanos, es planear una estrategia de atención oportuna y de calidad para pacientes que requieran de CPs pero que se encuentran confinados en centros penitenciarios o que carecen de seguridad social por estar ubicados en zonas marginadas del país.

Un reto mayor que el gobierno mexicano encara para garantizar el derecho a una vida sin dolor, se da en materia de regulación y fiscalización de medicamentos de tipo opioide. Si bien, las últimas modificaciones sobre el manejo de los recetarios electrónicos y la relativa facilidad del médico para acceder a ellos, posibilitan a un número mayor de pacientes a recibir los medicamentos, el tema del control, almacenamiento y distribución, así como la prevención de abuso de esas sustancias aún no está concluido.

Dados los señalamientos que los organismos internacionales como la HRW y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes han hecho para México, se vuelven impostergable la intervención del gobierno para mitigar las inequidades de atención a la salud, especialmente para quienes sufren de dolor intenso, estén en situación terminal o no.

## REFERENCIAS

1. Alonso JP. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(9): 2541-2548.
2. Hermes-Ribeiro R, Lamarca-Arruda IC. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(9):2577-2588.
3. García-Arce M. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2006; 38 (Supl 2):79-84.
4. De Lima L, Bruera E. The Pan American Health Organization: its structure and role in the development of a palliative care program for Latin America and the Caribbean. *J Pain Symptom Manage*. 2000; 20 (6):440-448.
5. Stjernswärd J, Foley-Kathleen M, Ferris-Frank D. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 33(5): 486-493.

6. OPS-OMS. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, DC: OPS. 2007.
7. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, et al. Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. IAHPIC; 2013.
8. Montes de Oca-Lomeli GA, Directora Administrativa Hospice México. Historia de los cuidados paliativos. *Rev Dig Univ*. 2006; 7(4):1-9.
9. Astudillo-Alarcón W, Díaz-Albo E, García-Calleja J, Mendinueta C, Granja P, Fuente Hontañón C, et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional: international solidarity. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009; 16(4):246-255.
10. Saruwatari-Zavala G, Siqueiros-García J. El alivio del dolor: ¿es un derecho humano? *Rev Soc Esp Dolor*. 2012; 19(3):147-156.
11. Brennan F. Palliative care as an international human right. *J Pain Symptom Manag*. 2007; 33(5): 494-499.
12. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioeth*. 2006; 12(2):231-242.
13. Coello-Rodríguez AA, Santos J, Suyapa Y. Una perspectiva global de los cuidados paliativos. *Rev Med Hondur*. 2012; 80(3):130-132.
14. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *J Pain Symptom Manag*. 2008; 35(5): 469-485.
15. González C, Méndez J, Romero J, Bustamante J, Castro R, Jiménez M. Cuidados paliativos en México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2012; 75(3): 173-179.
16. Zedillo-Ponce de León E. Plan nacional de desarrollo, 1995-2000. México: Diario Oficial de la Federación 31-05-1995.
17. Secretaría de Salud. Programa sectorial de salud 2007-2012. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 17-01-2008; [acceso 2016-10-27] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf>
18. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). [Internet]; Diario Oficial de la Federación 31-12-2010; [acceso 2016-10-27] Disponible en: <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/259046/774950/file/Reglas%20Operacion%20Programa%20Sistema%20Integral%20de%20Calidad%20en%20Salud%202011.pdf>
19. Secretaría de Salud. Objetivos y componentes del Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) [Internet]; Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Instrucción 217/2010. [acceso 2016-11-3] Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion\\_217.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_217.pdf)
20. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 07-02-1984; Texto Vigente. Últimas reformas publicadas en: México: Diario Oficial de la Federación 01-06-2016; [acceso 2016-10-27] Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_010616.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf)
21. Decreto por el que se reforma y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 01-11-2013; [acceso 2016-11-3] Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013)
22. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 09-12-2014; Texto Vigente. [acceso 2016-10-27] Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014)
23. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 15-10-2012. Texto Vigente. [acceso 2016-11-03] Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012)
24. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 16-08-2010. Texto Vigente. [acceso 2016-11-03] Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010)
25. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 08-01-2013. Texto Vigente. [acceso 2016-11-03] Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013)
26. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 04-09-2013. Texto Vigente. [acceso 2016-11-03] Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04%2F09%2F2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04%2F09%2F2013)
27. Plan Nacional de desarrollo 2013-2018. [Internet]; 2013. Texto Vigente. [acceso 2016-10-27] Disponible en: [http://www.sev.gob.mx/educacion-tecnologica/files/2013/05/PND\\_2013\\_2018.pdf](http://www.sev.gob.mx/educacion-tecnologica/files/2013/05/PND_2013_2018.pdf)
28. México agiliza la prescripción de fármacos para el dolor y cuidados paliativos. Sala de prensa [Internet]; 28 de octubre de 2014 [acceso 2016-10-27] Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/SP/Paginas/Sala%20de%20Prensa%202014/Octubre-Diciembre.aspx>
29. La Secretaría de Salud anuncia estrategia nacional para agilizar el acceso de miles de participantes con dolor a medicamentos controlados como la morfina. Comunicado de Prensa [Internet]; 45/15. Publicado 15-06-2015. [acceso 2016-10-27] Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/15062015.pdf>
30. En seis meses, aumenta sustancialmente en México la disponibilidad de medicamentos para el dolor. Comunicado de Prensa [Internet]; 04/16. Publicado 17-01-2016. [acceso 2016-10-27] Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/17012016.pdf>
31. México: Sufrimiento innecesario al final de la vida. La ley que garantiza el alivio del dolor debe implementarse. Human Rights Watch. 2014. [Internet]; 04/16. Publicado 28-10-2014. [acceso 2016-10-04] Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2014/10/28/mexico-sufrimiento-innecesario-al-final-de-la-vida>
32. Cossío-Díaz JR, González-Salas JFF, Kershenobich-Stalnikowitz D, Goslinga- Ramírez L, de Oca-Arbolea RM, Torres-Morán LE, et al. Regulación de los cuidados paliativos y muerte asistida. *Gac Med Mex*. 2015; 151: 119-30.
33. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014. United Nations Publications. [Internet]; 2014. [acceso 2016-10-27] Disponible en: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR\\_2014\\_ESP.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf)
34. Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud. [Internet]; Diario Oficial de la Federación 14-12-2011; [acceso 2016-10-27] Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref54\\_14dic11.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref54_14dic11.pdf)
35. Simón P. Los cuatro ejes de fuerza de la historia de la bioética. *ICB digital*; 2001.
36. Rodríguez-Suárez J. Nuevos retos bioéticos, organizacionales y educativos: el papel de la educación y de la legislación en salud. *Rev CONAMED*. 2011, Oct-Dic; 16(4): 163
37. McCarrick PM. Ethic committees in hospitals. *Kennedy Inst Ethics J*. 1992 Sep; 2(3): 285-306.
38. Núñez P. Comités nacionales y supranacionales de bioética. En Comités de Bioética. Universidad Pontificia de Comillas. 2003; p. 139-170.
39. Álvarez-Díaz JA. Retos de la bioética en la medicina del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2011; 28(4): 657-663.
40. Ruíz de Chávez MH, La Comisión Nacional de Bioética ante el reto de integrar los cuidados paliativos en los servicios de salud en México. *Gaceta CONBIOETICA*, 2015; 4(17): 3-5.